



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1937, 14(5): 986-992

ISSUE DATE:

1937-09-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204863>

RIGHT:

## 臨 床 瑣 談

### 食道レ線キモグラフィ―<sup>1</sup>

村 上 治 朗 (京都外科集談會昭和12年2月例會所演)

平面キモグラフィ―<sup>1</sup>ヲ應用シテ、食道壁ノ蠕動運動ヲ曲線形態の數量的ニ示現スルコトガ出來ル。ソレ故ニ、之ヲ食道癌ノ浸潤範圍決定又ハ種々ノ食道疾患診斷ノ重要ナル根據トナシ得ル。

撮影方法ハ細隙ノ幅0.5耗、細隙間距離5.5耗ノ多細嚙ヲ有スル眞鍮製格子板ヲフィルム<sup>1</sup>上ニ裝用シテ、患者ハコノキモグラフィ<sup>1</sup>上ニ身體長軸ニ直角ノ位置ニ仰臥位トナリ、管球フィルム<sup>1</sup>間距離ハ75糎、フィルム<sup>1</sup>又ハ格子ガ患者ノ頭ノ方カラ足ノ方ニ向ツテ約1耗秒ノ均等速度デ移動スル様ニスル。

先ヅ、患者ニ1口ノバリウム<sup>1</sup>粥ヲ嚥下サセ、更ニモウ1口嚥下セタ瞬間ニレ線曝射ヲ開始シテ、5秒間續ケル。レ線曝射ヲ5秒間トシタノハ成人ノ食道ヲ1口ノバリウム<sup>1</sup>粥ガ通過スルノハ仰臥位デ平均5秒位デアルカラデアリ、6耗ノ格子ヲ用ヒタノハ影像ノ分析ニ適當デアルカラデアル。

撮影サレタ食道レ線キモグラム<sup>1</sup>ハ平行シタ各基線ヲ離レタ最初ノ瞬間カラレ線曝射ガ開始サレテ居ル。影像ノ長軸ノ幅 V ハ

$$(5G-0.6) V=0.6A$$

A: 食道ヲ通過スル際ノバリウム<sup>1</sup>粥ノ長サ

G: バリウム<sup>1</sup>粥ノ速度

ト言フ簡單ナ一次方程式ガ得ラレルノデ、速度ニ反比例シテ狭クナルノデアル。影像線ノ一點ガ基線カラ離レテ居ル距離ガ T 耗デアレバコノ點 S ハ5/6T 秒後ノ、格子移動法ナレバコノ點ノ、フィルム<sup>1</sup>移動法ナレバ食道ノ基線ニ一致スル點ノ食道壁ノ位置デアル。コノフィルム<sup>1</sup>上ニ1耗方眼ノ方眼紙ヲ重ネ、各基線間ノ相當點ヲ結ブト或ル瞬間ニ於ケル食道全體ノ極ハメテ大體ノ像ヲ得ルコトガ出來、各瞬間ノモノヲ重ネルト從來行ハレテ居ル食道ノ重複撮影ニ似タモノヲ得ルコトガ出來ルノデ、大體ノ食道ノ蠕動狀態ヲ推知スルコトガ出來ル。

普通ノ充滿撮影デハ氣管分岐點ヨリ下方ヘ約8糎ニ互ル鋸齒狀狹窄ガ認メラレル1例ニ於イテ、剖檢スルト實際ノ癌性變化ハ胸骨上緣ノ直グ後方ヨリ下方ニ全長18糎ニ及ブモノガアツタガ、コノ所見ハ生前撮影シタレ線キモグラム<sup>1</sup>ニ於ケルモノト全ク一致シテ居タ。之ニヨツテ食道壁ノ筋層ニ癌浸潤ガアツテモ、未ダ陰影缺損トシテ明瞭ニソノ存在ガ示現サレテ居ナイ場合ニ於イテモ亦タ蠕動運動ノ消失ニヨル食道壁ノ硬直ヲ知り充分ニ精細ニ診斷スルコトガ出來ルモノト考ヘラレル。普通ノ撮影法デハ正常ニ見エル側ニ癌浸潤ガアルコトハ蠕動消失ニヨツテ容易ニ知ルコトガ出來ル。食道壁ニ心臟搏動ガ著明ナ影響ヲ示スノデアルガ心臟搏動ハ1基線間距離ニ約6~8ノ微細ナZacke トシテ規則的ニ出現スルノデ容易ニ一般ノ蠕動カラ區別出來ルノデアル。基線間ノ各影像ヲ仔細ニ觀察スルコトハ最も重要ナコトデアツテ、拇指頭大ヨリモ稍々大キイ食道腫瘍ノ1例ニ於イテハ、腫瘍ノ浸潤範圍ハ狹ク、食道壁ノ全周ニ及ンデ居ナカツタノデ、第1斜位、矢狀位デハ腫瘍ノアル所ニ尙一定ノ蠕動運動ガ認メラレ、癌浸潤ガ全周ニ及ンデ居ズ、シカモ上下ニハ極ハメテ小範圍ニ過ギナイコトヲレ線キモグラム<sup>1</sup>デ知り得、第2斜位デハ之ヲ更ニ證據ヅケテ手術所見ト一致セシメルコトガ出來タ。

食道癌壓症ノ1例デハ狹窄上部デハ極ハメテ旺盛ナ蠕動ガ見ラレ、狹窄部ノ開イタ瞬間ニバリウム<sup>1</sup>粥ハ急速ニ胃内ヘ進入スルヲ明瞭ニ知り得タ。本例デハ稍々精細ニレバビナル・アトロピン<sup>1</sup>ニヨル藥理學的検査ヲモ行ツタ。

## 肝 臓 膿 瘍

桑 原 昌 (京都外科集談會昭和12年5月例會所演)

## 第1例: 28歳ノ男子

主 訴: 心窩部ノ鈍痛竝ビニ全身倦怠感

既往歴: 昨年5月全身倦怠, 惡寒戰慄, 發熱アリ, 急性肺炎ト云ハル。

家族歴: 特記スベキ事ナシ。

現病歴: 本年1月19日頃ヨリ全身倦怠感ヲ來シ, 2月初旬ヨリ食慾不振, 心窩部ノ壓痛ヲ伴フ。同月19日突然 $38.5^{\circ}\text{C}$ ノ體溫上昇アリ, 同時ニ全身倦怠ノ度ヲ増シ, 呼吸ハ淺在性トナリ臥床スルニ至ル。惡心, 嘔吐ハナク皮膚ノ黃變ヲ認メズ。便通ハ便秘ニ傾キ, 排尿困難アリ。本院内科ニテ胃周囲炎ノ診斷ノ下ニ治療ヲ受ケタガ, 毎日 $37-39^{\circ}\text{C}$ ノ弛張熱ガ續キ, 症狀消退セズ, 内科入院後47日目外科ヲ訪レタ。

現 症: 體格中等, 皮膚ハ著シク蒼白, 可檢粘膜モ貧血性, 顔貌ハ無慾狀態ヲ呈ス。脈搏整正, 緊張, 大イサ共ニ尋常, 呼吸安靜。舌ハ稍々乾燥, 灰白色ノ苔アリ, 咽頭ハ輕ク腫脹ス。心臓, 肺臓等ニ病變無ク肺肝境界ハ打診上右乳線上第Ⅺ肋骨ニ一致ス。

腹部ハ一般ニ陥没シ, 腹壁緊張, 靜脈怒張, 蠕動不穩等ヲ認メズ。觸診上心窩部ニ抵抗, 壓痛アリ。ソノ大イサ鵝卵大, 下部ハ比較的鮮明ニ境界サレ邊緣鈍ナリ。

術前諸検査: 尿ハ黃褐色透明, 蛋白弱陽性, 大腸菌ヲ認メズ。糞便ニ潜在出血ヲ認ム。血液像デハ白血球16000, 中性多核白血球78%, ヲ氏反應陰性。

胃液検査デ潛血反應弱陽性, 遊離鹽酸ヲ缺除ス。

レ線検査デ胃, 十二指腸共ニ通過障碍無ク, 蠕動尋常, 壓痛點ハ胃ト關係ナク上部ニアリ。

診 斷: 疼痛, 發熱, 腫脹, 白血球增多症等ヨリ急性化膿性炎症デアリ, 其ノ部位ガ胃ト關係ナク上部ニアル爲, 肝臓膿瘍ト診斷サレタ。

手 術: 正中線切開ニテ開腹, 肝臓, 特ニ其ノ左葉ハ著シク増大, 表面平滑ナルモ暗黒赤色ヲ帶ビ觸診スルトソノ略々中央ニ鵝卵大ノ硬結ガアル。試験穿刺ヲ行フニ, 約1cm入りテ針尖ニ抵抗ヲ感ジ, 續イテ約1cm入りテ再び抵抗ガ無クナリ, 此ノ部ヨリ濃厚ナ膿汁ヲ認メタ。ソコデ此ノ部ニ小切開ヲ加ヘ「ドレーン」ヲ挿入シ周囲ハ大網膜及ビ「ガーゼ」ニテ防禦ス。胃, 十二指腸等ハ尋常ナルモ, 小切開部ト肝ノ後面トノ間ニ結締組織性癒着アリ容易ニ剝離ス。

膿汁ヨリハ多數ノ葡萄狀球菌及ビ少數ノ大腸菌ヲ證明シタ。

經 過: 術前 $38.8^{\circ}\text{C}$ 迄上昇セシ體溫ハ術後翌日ニハ $37.3^{\circ}\text{C}$ ニ下リ, 5日目ニハ平熱トナリ, 排膿管ヨリノ膿汁排出ハ少ク, 全身狀態稍々安靜ニ經過セシ所, 術後13日目突然脈搏頻數, 小トナリ下腹部ノ激痛ヲ訴フ。腹部ハ膨滿シ, 蟲様突起炎ヨリノ汎發性腹膜炎ト思ハレ術後14日目腹部ノ切開手術ヲ行フ。其ノ後經過次第ニ惡化シ, 17日目横隔膜下膿瘍, 20日目膿胸ヲ合併スルニ至リ, 術後27日目遂ニ鬼籍ニ入ル。

剖檢所見: 肝臓ハ腫大シ, 表面平滑ナルモ灰白色ノ厚キ膜デ被ハレ, 左葉ノ表面中央部ニ拇指頭大ノ灰白色汚穢ナル凝固物アリ剝離困難ナリ。但シ此ノ部ニ剖面ヲ作ルニ變化ハ肝實質内ニ及ビ, 内部ハ軟化シソノ大イサ手掌大, 膿様ノモノヲ認メ, 此ノ部ト胃ノ穿孔部ト交通ス。胃ハ後壁ニ於テ幽門部ヨリ約6cmノ部ニ拇指頭大ノ穿孔ヲ認メ深ク肝臓實質内ヨリ汚穢ナル壊死物ヲ出ス。胃粘膜皺襞ハ伸展シ, 細血管充盈ス。蟲様垂ハ結腸ト纖維素性癒着ヲ營ミ, 内部ヨリ魚骨ヲ證明ス(他ノ臓器ハ省略ス)。

## 第2例: 38歳ノ男子

主 訴: 腹痛竝ビニ全身倦怠感

既往歴, 家族歴: 共ニ特記スベキ事ナシ。

現病歴: 本年3月13日午後8時頃突然廻盲部ノ疼痛ヲ訴ヘ, 2日後ニハ自發痛ハナクナツタガ, 臍ノ周圍ニ壓痛ガアリ, 以來全身倦怠感, 發熱感ヲ伴ヒ約1ヶ月内科的治療ヲ受ケタ後外科ヲ訪レタ。

現 症：白血球數14000アリ，局所々見トシテ肝ハ肋骨弓下3横指迄肥大，壓痛ガアル。猶ホ蟲様突起炎ノ症候ハ不明瞭デアル。

レ線キモグラムハ第Ⅲ型デ右側ハ稍々犯サレテ居ル。

診 斷：蟲様突起炎ニ續發セル肝臟膿瘍

手 術：腹腔ニハ多量ノ腹水ヲ認メ，膽嚢，肝臟共ニ肥大シ，肝臟實質内ニ多發性ノ膿瘍ヲ認メタノデ排膿管ヲ挿入ス。

併シ術後第1日目突然心臓衰弱ニテ鬼籍ニ入ツタ。

考 察：以上2例共ニ肝臟膿瘍ト蟲様突起炎ヲ認メタ。併シ第2例ハ明カニ蟲様突起炎ヨリ續發セル肝臟膿瘍デアルガ，第1例ハ肝臟膿瘍ノ經過中，蟲様突起炎ヨリ汎發性腹膜炎ヲ惹起シタモノデアツテ，剖檢ニヨリ蟲様垂ヨリ魚骨ヲ認メタ事カラシテモ一層肝臟膿瘍ト蟲様突起炎トハ別個ニ成立セシモノナルヲ確認シタ。且ツ此ノ肝臟膿瘍ハ胃潰瘍ノ穿孔ニヨル單發性膿瘍デアツテ，普通胃潰瘍ヨリ門脈ヲ介シ肝膿瘍ヲ作ルモノト稍々趣ヲ異ニシテ居ル。

猶ホ此ノ際レ線検査ニテ胃潰瘍ノ Nische ヲ確メ難カツタノデアルガ，Nische ノ有無ヲ確認シ得ズ，又患者モ Anamnese ニ訴ヘナカツタ程ノ胃潰瘍デアツテモ，肝臟ト癒着シ實質内ニ穿孔シ得ルノデアル。

以上2例共不幸ノ轉歸ヲ取ツタガ，本病ハ原發性ニ起ル事ハ少ク，主トシテ他疾患ノ合併症トシテ現ハレル。而シテ本病ハ極メテ稀ニ自然治癒ヲ爲スコトガアルガ殆ンド死ノ轉歸ヲトル點ヨリ考ヘテ本疾患ノ治療ハ豫防的ニ原發疾患ノ早期治療ガ第一ト考ヘラル。

## 腎 臟 腫 瘍 ノ 1 例

奥 村 秀 一 (京都外科集談會昭和12年6月例會所演)

患 者：59歳男

主 訴：右季肋部ニ於ケル無痛性腫瘤及ビ血尿

現病歴：昭和11年12月頃ヨリ，食思不振，全身倦怠，次第ニ羸瘦スル様ニナツタ。同年12月28日肉體の過勞ノ後デ，突然血尿ヲ起シ，其當日中持續シタガ翌29日尿ハ透明トナツタノデ常ノ如クニ業務ニ從事シテ臥床スル様ナコトハナカツタガ，次第ニ食思不振，羸瘦ハ程度ヲ増シ本年1月中旬頃ヨリハ殊ニ著明ニナツタ様ニ思フ。爾來同様ノ血尿ハ4月下旬迄ニ10回ニ及ンダガ常ニ全身性ノ障礙ガ無イ爲ニ放置シテ居ツタ。本年5月12日臥床セントシタ際ニ右季肋部ニ無痛性ノ腫瘤ガアルノニ氣附イタ。5月16日某醫師ノ診ヲ受ケ歸途下腹部ノ緊張感，右季肋部ノ鈍痛ガアツタガ，左程耐ヘ得ラレナイト云フ程デモナカツタノデ自轉車ニ乗り歸宅シタガ，上記ノ苦痛ハ稍々増強シ，腫瘤ハ大キクナツタ様ニ思ハレタ。其ノ日排尿ニ際シ再ビ多量ノ血尿ガアリ，凝血ヲ混ジテ居タガ尿線ガ中絶サレタル事ナク，排尿後ハ上記ノ苦痛ハ輕快シテ氣分爽快トナリ血尿ハ1日デ止ンダ。5月19日肉體の勞働ノ後ニ血尿ガアツタガ殆ンド苦痛ナク1日デ尿ハ透明トナツタ。發病以來胃部膨滿感及ビ壓迫感ガ時々ナツタガ惡心嘔吐ハナク，疼痛ハ何處ヘモ放散シタ事ハナイ。

現 症：體格中等，榮養衰ヘ皮膚及ビ可視粘膜炎ニ輕度ノ貧血ガアル。脈搏1分間80，緊張良，整調。心臟心尖部ニテ收縮期雜音ヲ聽ク。

局所々見：腹部ハ一般ニ膨滿シ陷凹ナシ。右季肋部ガ著名ニ膨滿シテキル。該部ノ皮膚ニ異常着色ヤ靜脈ノ擴張ナク，腫瘤表面ノ性狀ハ仰臥位デハ解リ難イガ左側臥位ヲ取ラシメルト右側腹部ニ少シク靜脈ノ擴張ヲ認ム。深呼吸ヲ命ジテモ殆ンド移動セズ。觸診上溫度ノ上昇ナシ。表面凹凸ニ整デ彈性硬。腫瘤ノ境界ハ内側ハ右副胸骨線，外方ハ右腋窩線，上方ハ肋骨弓下ニ隱レ，下方ハ臍ノ高サニテ 尙正中側ノ線ニハ1

ノクビレ (Einkerbung) ガアリ、大體 3 ッノ Höcker ガアル。然モ此ノ腫瘤ハ前後腹壁ヨリ双手性ニ把握シ得、呼吸時ニモ固定シ得。壓スルモ疼痛ヲ訴ヘズ。脾、肝、左腎ハ觸レズ。

血液所見： 略々尋常。ワ氏反應(一)

尿所見： 淡黃褐色、透明、酸性。比重 1020。蛋白陽性。尿沈査ニ赤血球及ビ白血球ヲ證明スルモ腫瘍細胞等ナシ。

レ線所見： 腎盂撮影法ニヨリ左腎ハ輸尿管ニ至ル迄現出ヘルモ、右腎ハ腎盂ノミシカ撮影サレナイ。次ニ腎被膜周圍空氣注入ヲ試ミルモ不可能ニシテ氣腹法ニテ 1500 託腹腔内ニ注入シ、同時ニ經過的ニ造影劑ヲ與ヘ檢スルニ、腫瘤ハ胃ヲ左方ヘ壓迫シ、十二指腸ヲ前方ヘ舉上シ、後腹膜ノ腫瘤ナルコト明瞭ナリ。横隔膜「キモグラフィー」ニヨリ横隔膜運動略々尋常ナリ。

膀胱鏡検査： 膀胱容量尋常。健側異常ナシ。患側輸尿管開口部蠕動ヲ證明セズ。Inligokarmin 検査ヲナスニ 20 分間觀察スルモ患側ヨリ排出サレズ。

診 断： 右腎臓癌腫

手 術： 超腹膜腎切開法 (ultraperitonealer Nierenschnitt) ニヨリ右腎ニ達スルニ、腫瘤ハ臨床的所見ニ一致シ、腎被膜ハ腹膜ト固ク癒着ス。コノ部分ヲバ、一部纖維性被膜下ニ剝離シ、先ヅ下縁及側方部ヲ剝離スルニ周圍トノ癒着ハ少ク、比較的容易ニ剝離シ得タリ。次イデ腎門ヲ求ムルニ、腫瘤ノ内方ニ於テ下方ニ走行スル輸尿管ガ求メラレ、且ツ腎盂マデ視野中ニ見ラレル。之ヲ基點トシテ腎動脈、腎靜脈ヲ求メ、一々二重ニ結紮切斷スルニ、腫瘤ハ上ノ Pol ノミテ癒着シ、容易ニ移動性トナツタ。之等ヲ剝離シ、腫瘤ヲ手術野外ニ持出シ、輸尿管ハ略々臍ノ高サニテ、二重結紮燒灼切斷シ、手術道殘腔ニ Wundsekret ノ滯溜ヲ豫防スル爲ニ排液管ヲ挿入シ、手術創ハ一次的ニ閉鎖シタ。

術後経過： 術直後輸血 150 託ヲ行ヒ、排液管ハ一晝夜ニシテ除去ス。術後ノ経過至ツテ順調ニテ 3 日目ニテ平熱トナリ、目下入院中。

剔出標本所見：

大 小： 16.0×11.0×7.0 厘米

周 圍： 横隔 31 種、縦隔 39 種

重 量： 520 瓦

一般ニ脂肪性ノ被覆アル爲メ黃色ヲ呈シテキルガ一部ハ暗赤色ヲ呈シテキル。表面ハ平坦デナク、數個ノ Höcker ガアル。腎上半ハ略々尋常ニシテ、下半ヨリ生ジタ腫瘤ノ如キ形ニシテ一般ニ彈性軟ナリ。割面ヲ見ルニ大體三部ニ分レル。最上部ハ腎組織略々尋常ニシテ、殘リノ腫瘤部ハ一般ニ灰白黃色ノ實質組織ヨリナル。中部ハ彈性軟ナルモ下部ハ彈性硬ナリ。兩者共ニ中心部壞疽性ナリ。

組織學的所見： 上部ヨリハ尋常腎組織ヲ認メ、中部ヨリノ組織ハ全部壞疽ニ陥リ、一々ノ細胞ヲ認メ難キモ、中部皮質物ヨリトレル組織ハ結締組織間ニ上皮性細胞ヲ多數證明ス。下部ヨリノ組織ハ大小不同ノ細胞ヨリナリ、一部壞疽性ニ陥リ、上皮性細胞ヲ全ク證明セズ。故ニ肉腫及ビ癌腫ノ混合腫デアル。

「イムベデン」現象ハ陽性ナルモ、其ノ比率ハ 96.4 : 100 ニシテ、明確デナイノハ混合腫ナル故デアル。

鳥潟教授追加：

本例ハ病理學教室デハ Grawitzscher Tumor ト云ツタガ Nebenniere ニ似タ Bild ハ一部見ラレルガ typisch デナイ。組織標本ヲ諸々ヨリトツテ檢スルト、確カニ肉腫及ビ癌腫ノ Bild ガアル。Impedin 現象ハ癌腫ナラバ陰性ニテ、肉腫ナラバ陽性ニ出ルノデ、本例ハ、コノ爲ニ陽性率ガ nicht scharf ト考ヘラル。尙 Ooperation ニヨリ、コノ様ナ Tumor ヲ entfernen シテモ、後ニ Knochen 等ニ Metastase ヲ起スノデ、今後ノ Verlauf ヲ觀察スベキデアル。

## 生後4ヶ月ノ乳兒ニ生ジタル腎臟腫瘍ノ1例

井 上 諒 (京都外科集談會昭和12年6月例會所演)

患 者: 4ヶ月ノ男兒

主 訴: 右側腹部ノ無痛性腫瘤

現病歴: 約半ヶ月程前母乳ヲ多量ニ與ヘタタメカ多量ノ吐乳ヲ來シ2—3日間續イテ後治癒シタガソノ頃ヨリ食慾頗ニ減退シタノデ腹部ヲ撫デテキタトコロ4—5日前偶然右側腹部ニ腫瘤ノアルニ氣附イタ。發病來稍々羸瘦シタガ氣嫌良ク排便ハ1日1回アツテ正常ノ乳兒便デアル。食慾ハヤ、不良、血尿ソノ他尿ノ濁濁ヲ認メタコトハナイ。腫瘤ニハ壓痛ナキモノノ様デアル。

既往症: 満期安産ノ母乳榮養兒。父母共ニ健康ニシテ花柳病、結核症ヲ否定ス。

一般所見: 體重6 Kg, 榮養中等度、皮膚及ビ可視粘膜ニ輕度ノ貧血アリ。脈搏1分時140, 呼吸40, 安靜。胸部臟器ニ異常ヲ認メズ。肺肝境界ハ右乳線上デ第V肋骨ノ高サニアリ、骨骼系統ニハ異變ヲ認メズ。

局所々見: 右側腹部ハ特ニ膨滿ノ度強ク輕度ノ凸凹ガアルガ靜脈怒張、異常着色ヲ認メナイ。觸診スルニ右肋骨弓中央部ヨリ臍ノ稍々下方ニ達スル手拳大、彈性硬ノ腫瘤ヲ觸知スル。境界ハ比較的鮮明デ表面ニ輕度ノ凸凹アリ、双手ノニ觸知出來、打診上外側ノ一部ヲ除ク外一般ニ鼓音ヲ呈ス。多少上下ヘノ移動性アリ、輕度ノ壓痛アルモノノ様デアル。肝ハ觸レナイガ脾ハ正常位ニフレル。

血液所見: 大體正常乳兒ノソレニ一致ス。ワ氏反應父母共ニ陰性。

尿所見: 淡黃色、透明、反應中性。蛋白、糖共ニ陰性。沈渣ニハ反覆檢査ヲ繰返セルニモカ、ワラズ少數ノ淋巴球アルノミテ赤血球ハ認メラレナイ。

レ線學の所見: 經肛門ノニ造影劑ヲ注入スルニ大腸ニ陰影缺損ソノ外病の所見ナク唯腸管ハ腫瘤ノタメ反對側ヘ壓迫セラレテキル。腫瘤ノ陰影ハ判然トシナイ。

臨牀診斷: 以上ノ所見カラ後腹膜腫瘍、恐ラク腎臟腫瘍ナラント診斷サレタ。

手 術: 0.05%「ヌペルカイン」局所麻痺ノ下ニ肋骨弓直下ヨリ臍ト恥骨縫際トノ中央ノ高サニ至ル右副直筋筋切開ニヨリ腹膜ニ達シ最初ハ腹膜外ニ腫瘤ヲ剔出スル豫定デ腹膜ト周圍組織トノ剝離ヲ試ミタガ癒着ガ強靱デ剝離ニ時間ヲ要スルト認メタノデ洞腹膜ノニ剔出ヲ行フコトニ決シ腹腔ヲ開イタ。腫瘤ハ後腹膜及ビ上行結腸腸間膜ニテ被覆セラレタマ、手術野ニ現ハレタ。爲メニ腸管ハ腹腔ノ左半ニ壓排セラレ肝臟ハ上方ニオシ上グラレテキルガ肝ソノ他ノ腹腔内諸臟器ニハ異變ヲ認メナカッタ。腫瘤ハ大人ノ手拳大諸處ニ小膨起ガアリ後腹膜ノ血管ハ稍々擴大シ後腹膜脂肪組織ノタメニ腫瘤ハ黃色ニ見エル。硬度ハ彈性軟、實質性ノ感ガアル。ソコデ上行結腸腸間膜附着部ノ外側デ後腹膜ニ縱切開ヲ加ヘ後腹膜及ビ下床トノ癒着ヲ剝離シタ。腫瘤ノ上1/3ノトコロデ正中線側ニ腎莖ガ認メラレコノ中ニハ擴大セル血管ト輸尿管トが含まレテキタガ兩者共ニ病變ハ波及シテキナイ様デアツタ。次デ腎莖ヲ切斷シ腫瘤ヲ全ク遊離シタ。後腹膜缺損部ハ補填セズ、腹壁ハ3層ニ縫合シテ手術ヲ終ツタ。要シタ手術時間ハ45分デアツタ。手術ノ後半期ニ至リ患兒ハ號泣スルノ力衰ヘ顔面蒼白、口唇「チアノーゼ」、強度ノ發汗ヲ來シ呼吸、脈搏共ニ頻數トナツタノデ強心劑ノ注射ヲ行ヒ手術ヲ續行シタ。術後酸素吸入、輸血、リンゲル氏液ノ注入等ヲ行ヒ經過至ツテ順調デ4日目ニハ全ク平熱トナリ7日目ニ拔糸、創ハ第Ⅰ期癒合ヲ營ンダ。

標本所見: 大サ6.5×9.0×6.0 cm, 縦割25 cm, 横割23 cmノ卵圓形、重量285 g, 大部分脂肪性被覆ノタメ黃色、一部暗赤色ヲ呈ス。剖面ヲ見ルニ大部分ハ暗赤色實質性髓様ノ組織ヨリナリ一部灰白黃色、稍々硬度大ナル結節様ノモノガ混在スル。髓様部ハ空氣ニ觸レルト朱色ニ變色スル。腎實質ト思ハル、部分ハ肉眼のニハ判別困難デアル。

「イムペデン」現象: 79:100デ強陽性。

組織學的檢査: 灰白色ノ部分ハ密ニ集合セル小圓形細胞群ヨリナリ小圓形細胞肉腫ノ像ヲ示シ一部癌腫性細胞索ノ認メラル、部分ガ混在シ髓様トナレルトコロハ主ニ壞死ノ像ガ觀ラレ出血竇及ビ圓形細胞肉腫像ガ散見ス。腎莖ノアツタ部分ニハ腎皮質ガ殘存スルガ組織像ハ胎生時ノモノヲ示シテキル。

總 括： 本例ハ滿4ヶ月ノ男兒ニ見ラレタル 右腎臟腫瘍ニシテ 剔出術ニヨリ幸運ナル道程ヲトリシ1例デアル。組織學的檢索ニヨリ大部分小圓形細胞肉腫ヨリナリ一部癌腫性ノ部分モ混在スルガ「イムペヂン」現象陽性ナル事實ヨリ全體トシテ肉腫ナリト理解スベキデアル。又腎臟腫瘍ノ3主徴ノ1ナル血尿ヲ缺ケル點モ興味アルトコロデアリ隨様暗赤色ノ部ガ朱色ニ變化セル生化學的機轉ハ今斷言シ得ナイ。

島瀉教授追加： 1) 腫瘍ノ剖面ガ暗赤色カラ 朱色ニ變ツタノハ 靜脈性ノ血液ガ空氣ニ觸レテ動脈性ニ變ツタモノト考ヘル。此事ハ腫瘍ナドデヨク見ラル、トコロノモノデアル。

2) 此腫瘍ノ組織像デハ恐ラク Grawitz ノ Tumor ガ混在シテアルノデアロウガ Impedin 現象陽性ナルコトヨリ大部分肉腫性ト理解セラレル。演題2(前題, 腎臟腫瘍ノ1例(奥村秀一)ノ例デハ上皮性ノ部分ノ方ガ多カツタメニ Impedin 検査ノ結果ハ96:100ノ如ク不著明トナツタノデアル。

3) 次ニ本例ノ如ク先天性 (congenital) ノ腫瘍デモ Impedin 現象陽性ノモノ、即チ微生物性ノモノガアリ得ルカドウカガ問題トナル。先天性ノモノト考ヘラル、Naevus ニテモ生後間モ無ク切除シテ、其中ニハ Impedin 陽性ノモノ(肉腫性)モアルコトガ立證セラレテアルノデ、先天性ノモノデモ Impedin 現象ガ陽性ニ出サヘスレバ微生物性ト考ヘテヨカロウ。此時ハ Erreger ハ併シ congenital ニ進入シタト考ヘネバナラス。

## 胃内出血ニ因ル急性胃擴張, 並ビニ總腸間膜症

生 越 十 三 (京都外科集談會昭和12年6月例會所演)

最近2例ノ胃潰瘍患者ノ手術ニ當リ、圖ラズモ總腸間膜症ヲ經驗シタルヲ以テ報告スル。

### 第1例：46歳ノ男子

主 訴： 大量ノ吐血及ビ腹部緊満感

現病歴： 約10年前ヨリ嘔氣嘔吐アリ。3年前ヨリ食後2~3時間ニ上腹部鈍痛ヲ來シ、惡心嘔吐ヲ訴ヘルニ至ル。吐物ハ食餌殘渣、時ニ珈琲殘渣様物ヲ混ズ。内科的治療ニテ一時快癒シタルモ昨年6月、本年3月再發。ソノ間糞便ノ黑變ヲ認メズ。24/V本院内科へ入院、加療中8/V夜11時頃突然上腹部疼痛ト共ニ大量ニ吐血シ、冷感、苦悶激シク同時ニ腹部膨滿ス。食思、睡眠不良、便通1日1行。

家族歴： 癌性、卒中性、結核性、 $\gamma$ グロイマチス $\gamma$ 性遺傳ヲ證ス。

既往歴： 胸膜炎(7歳)、淋疾(23歳)ニ罹患。喫煙スルモ飲酒セズ。

現 症： 體格中等、榮養貧、貧血性、顔貌苦悶狀ヲ呈ス。脈搏正整、細小微弱。1分時145。體溫36.2°C。瞳孔反應尋常。惡心ト共ニ珈琲殘渣様物ヲ吐出シ居ルモ意識明瞭。腹部ハ視診上、一般ニ膨滿(特ニ上腹部ニ著明)、右下腹部ニ輕度ノ靜脈怒張アリ。蠕動不認ナシ。觸診上、局所體溫上昇、腹筋緊張、Blumberg氏徴候陰性。上腹部ヨリ中腹部ニ互リ大腫瘍ヲ觸ル。表面平滑、境界上方ハ左肋弓下ニ隱レ、左右ハ夫々兩前腋窩線、下方ハ臍下3横指ノ點。橢圓形ヲ呈シ大人頭大、彈力性硬、波動ナシ。呼吸時移動性ヲ證ス。呼吸時固定性ハ不明瞭。打診上、腫瘍上ニテ鼓音乃至鼓音性濁音ヲ呈シ振水音ヲ證ス。聽診上兩腸骨窩ニ僅カノ腸雜音(有響性ナラス)アリ。直腸膨大部極度ニ擴大、Douglas氏窩ニ抵抗、壓痛、腫瘍等ヲ證セズ。

診 斷： 胃潰瘍ノ胃内出血ニ續發セル急性胃擴張

手 術： 正中線切開。腹腔ノ大部ハ膨大セル胃ニヨリ占據サレ、爲ニ大腸、小腸ハ左及ビ右下腹部ニ壓排サ

ル。腹水ヲ證セズ。辛ウジテ胃ヲ手術創外ニ轉位シテ檢スルニ幽門部ハ小指大、狹窄アリ。十二指腸ハ中等度擴大、中ニ血液様物ヲ滿ス。胃内容除去ノ目的ニテ取敢ヘズ狹窄部ニテ胃ヲ切斷、胃斷端ヨリ大量ノ「ガス」及ビ約 500cc ノ珈琲殘渣様物ヲ排除。同時ニ經口的ニモ「カテーテル」ニテ同内容物ヲ排出。次デ胃ヲ約 10cm 切除、十二指腸斷端ヨリ肛門側 30cm ノ部ト端側胃腸吻合術ヲ行ヒ、更ニソノ部ヨリ 30cm 肛門側ノ部ニ Witzel 氏法空腸瘻造設術ヲ行フ。コノ際偶然總腸間膜症ヲ發見ス。即チ十二指腸ハソノ起始部ヨリ脊柱ニ平行ニ右側後腹壁ヲ下行、水平部、上行部ヲ證セズシテ、空腸ニ移行シ、Treitz 氏靱帶、十二指腸空腸彎曲ナシ。小腸ハ右側腹部ニアリテ、廻腸ハ右ヨリ左ノ方向即チ薦骨脛ノ直左方ニテ盲腸ニ移行。上行結腸ハ之ニ續キ脊椎ノ左側ヲ斜左ヘ上行、横行結腸ヲ證セズシテ直チニ下行結腸續イテ S 狀結腸ニ移行ス。

患者ノ一般狀態ハ腹壁閉鎖ノ頃ヨリ急變シ強心劑注射、人工呼吸等凡テ效ナク遂ニ鬼籍ニ入ル。

## 第2例：28歳ノ男子

15/Ⅵ 胃潰瘍ノ診斷ニテ入院レ線検査ニテ胃ニ明瞭ナル壁龕ヲ證ス。

16/Ⅵ 手術：胃幽門部後壁ニテ膀胱ニ穿孔セル胃潰瘍ヲ認ム。胃切除術後 Billroth Ⅱニヨル胃腸吻合術。本例ニテモ亦偶然總腸間膜症ヲ發見ス。十二指腸、空腸、廻腸、盲腸ノ様子ハ第1例ト大差ナク、横行結腸ヲ證セザル點モ亦タ第1例ト同様ナルモ、後者ガ肝彎曲ヲ示サズシテ脾彎曲ヲ示シタルニ反シ前者ハ肝彎曲ヲ示シテ脾彎曲ヲ示サズ。

考 察：1) 第1例ハ術前既ニ急性胃擴張ト診斷サレタリ。事、急性胃擴張ニ關スル限り、胃洗滌ハ何ヲ措キテモ先ツ考フベキコトナリ。然レドモ本例ガ胃潰瘍患者ニシテ、吐物ガ珈琲殘渣様物ナル點ヨリ胃内出血ヲ考フルヲ至當トシ、コノモノニ胃洗滌ヲ行フ時ハ更ニ胃内出血ヲ促ガス怖レアリ。仍テ胃洗滌ヲ不合理ト考ヘ出血竈除去ヲ主目的トシテ胃切除術ヲ敢行、急性胃擴張ニ對シテハ空腸瘻造設ニテ萬全ヲ期シタリ。不幸ニシテ患者鬼籍ニ入りタルハ遺憾ナルモ、急性胃擴張自體、既ニ豫後不良トサルハ今日、カクノ如キ例ニ於テ、ヨリ有效ナル方法ナキヤ、教示ヲ仰ギ度シ。

2) 兩例ニテ偶々證明シタル總腸間膜症ハ、共ニ Robert Sandera 氏(1931)ニ依レバ第Ⅲ期臍腸係蹄迴轉異常ノ内、第1類ニ屬ス。C. Hammesfahr 氏ガ臨床上ニ於ケル第1例(1923)ヲ報告セシヨリ内外文獻上ニ相當數ノ報告例ヲ見ルモ、猶ホ比較的稀ナル先天性畸型ナリ。コノ疾患ハレ線検査ニテ證シ得ルモ第1例ニテハ救急手術ノ爲、レ線検査ヲナサズ、第2例ニテハ手術時間ノ關係上、胃ノミノレ線検査ニ終リシ爲メ2例共ニ手術ニ當リ偶然證シタルモノナリ。コノモノガ證サレル最多ノ機會トシテハ Ileus 症狀ヲソノ臨床的徵候トシテ現ハス場合ナルモ、2例共ニソノ既往歴ヲ證セザリキ。